

MONDIALITÀ L'associazione Amahoro promuove in Burundi iniziative a sostegno della salute e della maternità

«Il nostro aiuto per sanità e formazione»

di **Eugenio Lombardo**

■ Ezio Maria Padovani è il vice presidente dell'associazione Amahoro di Verona, e a lui ho chiesto di raccontarmi di un'importante collaborazione avviata, già negli anni scorsi, tra la facoltà di Medicina dell'Università scali-gera e quella corrispettiva di Ngozi, in Burundi. «L'Università di Ngozi - spiega il dottor Padovani - aveva inviato alla nostra Università una proposta di collaborazione per sviluppare sinergie in campo medico: è una prassi comune che presidi e rettori di Università che necessitano di forme di supporto si rivolgano ad atenei con maggiori tradizioni e competenze per condividere insieme progetti di sviluppo. Spesso, ciò finisce con un documento di auspicio destinato a non sortire effetti, invece in quel caso c'è stato un seguito, seppure diverso da quello proposto originariamente. L'associazione Amahoro è nata come realtà a latere ai due atenei per dare sostegno logistico ed organizzativo al progetto di collaborazione. Personalmente avevo seguito con un doppio ruolo la genesi iniziale di tutta l'iniziativa».

Cioè?

«In quegli anni ero professore associato di Pediatria e responsabile del reparto di Patologia e terapia intensiva neonatale del Policlinico di Verona. Nel 2004/05 si concluse la fase burocratica tra i due atenei, e nel 2005 è nata l'associazione Amahoro».

Aspetti, aspetti: ma il progetto come si è concretizzato?

«Le racconto la storia: il professore Filippo Rossi, all'epoca docente di Patologia generale ed io andammo a Ngozi per capire bene come avviare una collaborazione per organizzare una facoltà di Medicina, ma trovammo una situazione precaria, in quanto si mancava di tutto: non c'erano strutture, laboratori, un ospedale di riferimento, non c'era il corpo docente su cui investire; così, sconsigliammo la nostra Università di intervenire, anche per una questione di costi, impossibili da affrontare».

E dunque?

«Ci indirizzammo verso una proposta differente: promuovere una facoltà di Scienze infermieristiche. L'idea fu approvata dalla facoltà di Medicina di Verona e, dopo aver costruito a Ngozi, su finanziamento della Fondazione Cariverona, la sede della facoltà, ci siamo impegnati per la promozione della formazione inviando in missione didattica i professori



Sopra il centro ospedaliero di Ngozi in Burundi, dove è attiva l'associazione Amahoro di Verona, che promuove iniziative nel campo sanitario, assistenziale e formativo con l'obiettivo di salvare il maggior numero di neonati attraverso un percorso preventivo a partire dalla nascita.



della facoltà di Medicina per tenere i corsi».

Con quali modalità?

«Un numero di docenti si è recato periodicamente a Ngozi; da quando abbiamo cominciato sono almeno 800 quelli che hanno conseguito il diploma. Poi il progetto si è evoluto nel tempo».

Con quali caratteristiche?

«Per formare un infermiere, c'è bisogno anche della parte clinica e pratica. Abbiamo approfondito questo aspetto con l'ospedale di Ngozi e, sempre per conto dell'Università di Verona, la nostra associazione si è impegnata a promuovere nell'ospedale africano le componenti didattiche e cliniche che si affiancassero a quelle formative: abbiamo promosso degli stage tramite i quali insegnare la clinica».

È stato difficile?

«Era importante trovare finanziamenti e inizialmente ci appoggiamo alla Fondazione del cardinale Tonini. Lui era entusiasta di questa iniziativa: diceva sempre che l'Africa necessitava di un nuovo Rinascimento e che questo non poteva essere promosso che dalle Università. Siamo così riusciti ad intervenire su diversi progetti di tipo sanitario. Dopo la morte del cardinale Tonini la sua Fondazione è stata chiusa e così abbiamo concentrato le risorse esclusivamente nel settore materno ed infantile, comparto che necessita di particolari attenzioni nella realtà africana».

Cosa avete fatto in particolare?

«Abbiamo affrontato i temi della

mortalità materna e neonatale. I nascituri, ma anche le partorienti, corrono i loro rischi: geograficamente l'Africa subsahariana e il Sud est asiatico sono esposti a questi fenomeni, purtroppo. Rifletta su questi numeri: in Occidente la mortalità materna dovuta al parto è bassissima. In Italia se ne contano circa 5 casi su 100mila nascite; in Africa si arriva anche a 800 morti per 100mila nascite. In Africa, 1 bambino su 13 muore prima del suo quinto compleanno. Nei Paesi ad alto reddito, questo numero è pari a 1 su 185. Eppure, si tratta di morti per malattie evitabili, grazie ad una corretta gestione, formazione, e con una corretta prevenzione».

Come avete agito per arginare il fenomeno?

«Siamo andati ad osservare sul posto analizzando il bisogno e le sue caratteristiche. Abbiamo cercato di conoscere il problema, di agire in funzione dei dati raccolti, e di trovare soluzioni sostenibili, in primis formando la gente sul posto. In particolare, abbiamo considerato le prime cinque maggiori cause di mortalità neonatale. Tra queste al primo posto c'è la prematurità, cioè bambini nati prima delle 37 settimane».

Davanti a quale scenario?

«Inevitabilmente complesso. Perciò abbiamo proposto rimedi semplici ed essenziali, ma soprattutto scientificamente validi, giungendo a soluzioni sempre in sintonia con i protocolli dell'Organizzazione mondiale della sanità. E poi possedendo una visione che guardi al futuro: regalare una macchina è importante, ma dare una cul-

tura lo è ancora di più, perché la cultura resta, mentre la macchina si rompe».

Mi diceva dei parti prematuri.

«La prematurità è dovuta a cause mediche, oltre che socio economiche e culturali. Occorrono prevenzione, fare visite periodiche, prendere i necessari medicinali per curarsi, inoltre la gestante deve essere costantemente informata sui rischi della gravidanza. Anche in questo caso comprenderà come è importante la formazione».

Certamente.

«Le faccio un esempio: quello del bambino prematuro curato in una termoculla. Ne abbiamo donate tante, ed una culla ha un costo ragguardevole: quella più semplice costa minimo 5mila euro, ma si può arrivare a 12mila. Ci sono vantaggi, certo: il calore, l'umidità, monitorare in modo continuativo il bimbo; però la culla bisogna sempre tenerla pulita, altrimenti è fonte di infezioni, e la sua manutenzione è fondamentale: ma in Africa non ci sono pezzi di ricambio; lì, una culla difettosa è da rotamare, non da riparare. Infine, spesso manca l'elettricità per parecchie ore, compromettendo irreversibilmente la salute del bimbo».

Rimedi?

«La risposta è l'alternativa. Trovata e sperimentata in Colombia: tenere il neonato tra i seni della madre, sostenendolo con una fascia in questa posizione anche per tutta la giornata; mi creda si ottengono gli stessi risultati che si hanno tenendo il neonato in una termoculla. Anzi, la macchina è imper-

sonale, mentre i seni della madre costituiscono motivo di relazione, generano il contatto umano, sviluppano sintonia affettiva. Questa relazione è importantissima anche per la madre, da un punto di vista psicologico. Ciò costituisce una vera rivoluzione anche di tipo medico e culturale».

Lo capisco bene.

«Ci sono due aspetti importanti che vorrei sottolineare: la madre con questo metodo sviluppa il suo ruolo, l'infermiera svolge la propria funzione non più in prima persona ma insegnando alla madre come curare il suo bambino. In più anche il marito può essere presente, e non limitarsi a una visita di pochi minuti, a distanza e attraverso un vetro. Afferra la portata di questa rivoluzione?».

Credo di sì.

«I primi 1000 giorni di vita per un bambino sono fondamentali per il suo sviluppo neurologico e psicologico, in particolare se nasce prematuro e il cervello è ancora in fase di maturazione. E un neonato non può che risentire positivamente se accolto in un contesto favorevole sotto l'aspetto affettivo e ambientale favorito dalla presenza continua della mamma. Questa modalità di cura poggia su delle evidenze scientifiche, non richiede particolari tecnologie e non è costosa, tanto che attualmente è proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unicef come metodo ideale per l'allevamento del neonato prematuro e ampiamente diffusa anche nei Paesi a più alto reddito».

Ancora una domanda sulla formazione: adesso come la state strutturando?

«Abbiamo un'equipe fissa all'ospedale di Ngozi, con un medico, un capo progetto, un'ostetrica italiana, poi c'è una seconda ostetrica, africana ma laureata in Italia, e quattro infermieri locali e due suore italiane che si occupano dell'igiene e della cucina per le mamme. Con la loro collaborazione organizziamo corsi di formazione rivolti al personale dell'ospedale di Ngozi e a quello degli ospedali della regione. Spesso vi sono barriere da arginare, legate alle nostre differenti culture: non possiamo decidere autonomamente le cose che vorremmo fare, ma il confronto è continuo, comunque costruttivo. Il desiderio è quello di realizzare una realtà che abbia un futuro, a prescindere un giorno dalla nostra presenza. Perché nulla dura per sempre. Ma, come le dicevo prima, almeno la cultura, quella resta».